

ADHÉSION (1) « ENFANCE ou CAP'Ados » (Cochez) 2017

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT (EN MAJUSCULES)	Réservé CAP-CS
01] NOM : _____ Prénom : _____	N° _____
Adresse : _____	
Code postal : _____ Commune : _____	
Date naissance : _____ Age de l'enfant au jour de l'inscription : _____	
Sexe : _____ Tél. domicile : / / / / Tél. Portable : / / / /	
Ecole : _____ Classe : _____	
Adresse Mail (EN MAJUSCULES) : _____ @ _____	

A COMPLÉTER SI ADHÉSION FAMILIALE				Réservé CAP-CS
<i>⚡ Nom (si différent), Prénom, date de naissance, sexe, Ecole, Classe, autres enfants</i>				
02]				
03]				
04]				
⚡ Age des enfants à l'adhésion	02]	03]	04	

A COMPLÉTER SI L'ADHÉRENT EST MINEUR		
<i>Lien de parenté</i>	Père	Mère
Nom		
Prénom		
→ Situation du Père : <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Vie Maritale <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé → Situation de la Mère : <input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> Vie Maritale <input type="checkbox"/> Séparée <input type="checkbox"/> Divorcée		
Profession		
Employeur		
Tél. travail		
Tél. perso		
N° Sécu		
N° Allocataire CAF		
Montant du QF – CAF (2)		
Nombre d'enfants à charge		

RÉSERVÉ CAP – CS		N° Famille :	
ENFANCE : Adhésion « Individuelle ou Familiale » 01 (1 personne) <input type="checkbox"/> 12.00 € 02 (2 personnes) <input type="checkbox"/> 20.00 € 03 (3 personnes) <input type="checkbox"/> 30.00 € 04 (4 personnes et plus) <input type="checkbox"/> 40.00 €		Adhésion effectuée le : _____ Carte n° : _____ Règlement : <input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> Chèque n° _____ Banque : _____	
CAP'ADOS : Adhésion « Individuelle » 12.0 + Forfait annuel 50 €, soit 62.00 € (1) Adhésion valable pour la période de Janvier à Décembre. Non remboursable.. (2) <u>Fournir l'attestation de la CAF le jour de l'adhésion.</u>			
		01]	
		02]	
		03]	
		QF	TARIF

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) _____

Responsable légal de(s) l'enfant(s) : _____

Certifie avoir pris connaissance du fonctionnement des activités du Pôle Enfance-Jeunesse du CAP-Centre Social de Tonnay-Charente, et autorise mon (mes) enfant(s) sus nommé(s) à y participer.

J'autorise également le responsable des activités à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...), rendues nécessaires par l'état de mon (mes) enfant(s).

Enfin, je m'engage à régler, au plus tard 8 jours après réception, les factures correspondantes aux présences de mon (mes) enfant(s), sur les différentes actions du Pôle Enfance-Jeunesse.

Fait à _____ le, _____

Signature du responsable légal,

Adresse Internet : _____ @ _____
(En majuscules, merci)

Je suis d'accord pour recevoir des informations de l'association : OUI NON

Document « RECTO-VERSO »

A compléter, dater et signer, et à remettre au CAP-Centre Social

20, avenue de Gaulle – 17430 TONNAY-CHARENTE

CADRE RÉSERVÉ AU CAP – CS « PARTICIPATION FINANCIÈRE »							
N° Adh CAP-CS	P.S.	Passeport CAF - QF	C.E.	Autre	Part. famille ½ ou journée ALSH		Tarif AEPS